

診療記録等の開示申込書

社会福祉法人十善会 十善会病院

診療記録などの開示を受けたい患者	(フリガナ)	(姓)	(名)		
	患者氏名				
	患者 I D				
	住 所				
	生 年 月 日	M・T・S・H	年	月	日生
開示を希望する記録 (該当する箇所に ○を記入してください)		診察日・部位など	複写	CDデータ	閲覧のみ
	1. 診療録(カルテ)のみ				
	2. 検査記録・検査成績表				
	3. エックス線画像				
	4. CT・MRI等画像				
	その他				
開示理由	※患者本人がご存命でない場合のみ記入				
閲 覧 希 望 日 (複写のみ希望 の場合は記入不要)	第一希望	月	日	午前・午後	
	第二希望	月	日	午前・午後	

私は、上記のとおり、診療記録等の開示を希望します

平成 年 月 日

申請者

氏 名 _____

患者との関係 _____

住 所 _____

電話番号(連絡先) _____

(受取確認欄)

平成 年 月 日

- 運転免許証
 健康保険証
 その他

受け取り署名

氏 名 _____

(当院使用欄)

受付	管理者の決裁				実施記録		費用		確認	備考
	院長	副院長	看護部長	担当医	発送	立会	不要	領収済		
同意	月	月	月	月	月	月	月	月	月	
	日	日	日	日	日	日	日	日	日	
不同意	月	月	月	月						
	日	日	日	日						